

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З КУРСАМИ ПРОПЕДЕВТИКИ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ

На правах рукопису

УДК:616.12-008.331.1-08-06:613(043.3)

Матійців Наталія Святославівна

**Ефективність лікування артеріальної гіпертензії в залежності від
модифікації способу життя пацієнтів на амбулаторно-поліклінічному етапі.**

14.01.38 – загальна практика – сімейна медицина

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник:

доктор медичних наук,

доцент кафедри сімейної медицини,

Деміхова Надія Володимирівна

СУМИ 2015

ЗМІСТ

ВСТУП. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ	3
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
1.1. Артеріальна гіпертензія: визначення, класифікація, діагностика принципи лікування	6
1.2. Основні аспекти здорового способу життя	15
1.3. Ефективність лікування артеріальної гіпертензії в залежності від способу життя	25
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Матеріали дослідження	35
2.2. Методи дослідження	36
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	39
3.1. Результати факторів ризику у хворих з артеріальною гіпертензією	40
3.2. Корекція факторів ризику хворих на артеріальну гіпертензію	
РОЗДІЛ 4. ВИСНОВКИ	46
РОЗДІЛ 5. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	47
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	48

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

АК – антагоністи кальцію

АПФ – ангіотензин-перетворюючий фермент

АТ – артеріальний тиск

БРАП – блокатори рецептору ангіотензину II

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск

ЕКГ – електрокардіограма

ЕхоКГ – ехокардіограма

ІАПФ – інгібітори ангіотензин - перетворюючого ферменту

ІМ – інфаркт міокарда

МС – метаболічний синдром

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

САТ – систолічний артеріальний тиск

СН – серцева недостатність

ЦД – цукровий діабет

ЦНС – центральна нервова система

"DASH" - Dietary Approaches to Stop Hypertension

PF – фізичне функціонування

BP – інтенсивність болю

GH – загальний стан здоров'я

MH – психологічне здоров'я

RP – рольове фізичне навантаження

RE – рольове функціонування

SF – соціальне функціонування

VT – життєздатність

Вступ

Актуальність теми

Серед питань і проблем медичної практики, проблема серцево-судинних захворювань та артеріальної гіпертензії(АГ), для нашої держави, сьогодні є однією з найважливіших. Вона давно вийшла за рамки суто медичної й стала соціальною проблемою, оскільки кожна третя доросла людина в Україні страждає на це захворювання. В Європі також ці захворювання посідають провідне місце і зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності населення. За даними Європейського Товариства Кардіологів Україна займає перше місце серед європейських країн за рівнем смертності від хвороб серця і судин. В Україні помирають від хвороб системи кровообігу не тільки частіше, але й раніше. Тобто в Україні, як і в усьому світі, АГ є найпоширенішим неінфекційним захворюванням людини.

АГ – одне з найбільш розповсюджених захворювань серцево-судинної системи, яке і по нині залишається серйозною проблемою охорони здоров'я. АГ є одним із головних факторів ранньої інвалідності та смертності через високий ризик розвитку таких ускладнень, як інсульт, ішемічна хвороба серця, серцева та ниркова недостатність та інше. Також це фактор, що не тільки скорочує тривалість життя, але і погіршує його якість.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, в 2012 році в Україні зареєстровано близько 12млн осіб із стабільно підвищеним артеріальним тиском(АТ). Для порівняння: людей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту всього налічується 8,2млн, із онкозахворюваннями — біля 0,39млн, з ішемічною хворобою серця — близько 8,8млн осіб. Динаміка розвитку патології у вікових групах зростає з такою частотою: 20–29 років – 3%, 30–39 років – 7,5%, 40–49 років – 20,4%, 50–59 років – 45,4%, 60–69 років – 57,5% [19]. При аналізі структури АГ за рівнем АТ у 50% хворих виявлено АГ 1-го ступеня, у кожного третього —2-го ступеня, у кожного п'ятого —3-го ступеня. Серед осіб із підвищеним АТ знають про наявність захворювання 67,8% сільських і 80,8% міських мешканців, лікуються відповідно 38,3% та

48,4%, ефективність лікування становить 8,1% та 18,7%[19]. Отже, ситуація щодо контролю АГ незадовільна як у сільській популяції, так і в міській.

Виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику (вік, стать, спадковість, ожиріння, дисліпідемія, незбалансоване харчування, алкоголь, паління, недостатня фізична активність, соціально-економічний статус, психоемоційне перевантаження).

В українській популяції, за даними тих же дослідників, лише в 1% хворих із підвищеним АТ не виявлено інших факторів ризику. У кожного восьмого хворого АГ поєднується з одним, у кожного четвертого — з двома, у 61% хворих — з трьома і більше факторами ризику. У 46% осіб із підвищенням АТ виявляють ожиріння, у 67% — гіперхолестеринемію, у кожного четвертого — низький вміст холестерину, ліпопротеїдів високої щільності, майже в кожного п'ятого — гіпертригліцеридемію; 23% хворих з АГ курять, 83% — вживають алкогольні напої, 48% — ведуть малорухомий спосіб життя[19]. Найбільш несприятливим поєднанням двох факторів ризику для чоловіків є комбінація АГ і тютюнопаління, АГ й ожиріння, для жінок — АГ й дисліпідемії та АГ й ожиріння.

Головна мета лікування АГ — попередження, або зворотний розвиток ураження органів-мішеней, зниження смертності від серцево-судинних ускладнень та покращення якості життя пацієнтів. Суттєвим моментом в лікуванні АГ є вимога досягнення цільового рівня АТ: на фоні антигіпертензивної терапії - нижче 140/90 мм рт. ст. в цілому, у пацієнтів з цукровим діабетом - нижче 130/85 мм рт.ст.; при хронічній нирковій недостатності з протеїнурією більше 1 г на добу - нижче 125/75 мм рт. ст. При визначенні важливості досягнення цільового АТ слід враховувати ступінь ризику: чим вище ризик, тим важливіше досягнення цільового АТ та усунення факторів ризику.

Неконтрольована АГ сьогодні вважається одним із найбільш вагомих чинників зменшення тривалості життя населення, через що ця проблема залишається актуальною і вимагає докладного вивчення.

Мета дослідження - дослідження ефективності лікування АГ в залежності від модифікації способу життя пацієнтів та медикаментозного вживання ліків на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Задачі дослідження:

- 1.Визначити прихильність пацієнтів до регулярного прийому антигіпертензивних засобів: моно та комбінованої терапії .
- 2.Оцінити якість життя хворих на АГ за допомогою опитувальника SF-36.
- 3.Розробити на основі отриманих результатів рекомендації, щодо ведення хворих з АГ, спрямовані на впровадження модифікації здорового способу життя і корекцію виявлених факторів ризику.

Об'єкт дослідження: вперше виявлені хворі на АГ різної вікової категорії в поліклінічному відділенні, та хворі з наявною АГ

Предмет дослідження: оцінка якості життя пацієнтів, показники вимірювань артеріального тиску у хворих на АГ .

Методи дослідження:

- 1.Аналіз крові клінічний, аналіз крові на глюкозу натще.
- 2.Біохімічні дослідження крові: визначення рівнів загального холестерину (ЗХС), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), загальних тригліцеридів (ЗТГ).
- 3.Індекс маси тіла (ІМТ).
- 4.Вимірювання АТ в динаміці, ЕКГ.
- 5.Опитувальник SF-36

Наукова новизна. Вивчено особливості лікування та корекція способу життя у хворих з АГ на амбулаторно - поліклінічному етапі. Розроблено підхід щодо медикаментозного лікування та корекції дотримання здорового способу життя у хворих з АГ .

Особистий внесок здобувача. Автором проаналізовано та систематизовано сучасну наукову літературу з даної проблеми. Проведено відбір і клінічне обстеження хворих в динаміці лікування. Узагальнено та проаналізовано результати клінічного обстеження, лабораторних та інструментальних досліджень, проведена статистична обробка, інтерпретація, узагальнення і аналіз отриманих результатів, сформовані наукові висновки і практичні рекомендації.

Публікації

1.Матійців Н.С. Ефективність лікування артеріальної гіпертензії в залежності від модифікації способу життя пацієнтів на амбулаторно-поліклінічному етапі. Матеріали науково-практичній конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів СумДУ: "Актуальні питання клінічної медицини", 2014. – С. 25-26.

2.Матійців Н.С.Оцінка прихильності до модифікації факторів ризику та лікування хворих з артеріальною гіпертензією на амбулаторно-поліклінічному етапі. Матеріали міжнародної науково-практичній конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів СумДУ: "Актуальні питання клінічної медицини", 2015.

РОЗДІЛ 1.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Артеріальна гіпертензія: визначення, класифікація, діагностика, принципи лікування

АГ є найбільш поширеним хронічним захворюванням людини. В даний час проблему АГ можна розцінювати як масштабну неінфекційну пандемію. Необхідність боротьби з АГ зумовлена тим, що вона - найбільш важливий фактор ризику серцево-судинних захворювань та смертності. Аналіз показника загальної смертності в Україні свідчить про те, що смертність від захворювань системи кровообігу становить 61,6% [22].

Термін «артеріальна гіпертензія» вживається для визначення підвищеного артеріального тиску будь-якого походження в осіб, які не приймають антигіпертензивного лікування. До АГ також відносять стани, коли «нормальний» АТ підтримується регулярним прийомом антигіпертензивних препаратів.

Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія або гіпертонічна хвороба)- це підвищений артеріальний тиск при відсутності очевидної причини його підвищення.

Вторинна гіпертензія (симптоматична) – це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Нещодавно загальноприйнятим критерієм АГ у дорослих був рівень АТ 160/95 мм рт.ст. і вище, запропонований ВООЗ у 1962 р. Нині його переглянуто у бік зменшення, і вже із 1993 р. він становить 140/90 мм рт.ст. і вище. Обґрунтуванням стали дані про значне збільшення ризику виникнення серцево-судинних захворювань при зростанні АТ у межах 140-160/90-95 мм рт.ст. [21].

Сьогодні усім відомо, що високий АТ є основним ризик-фактором підвищеної захворюваності та смертності від таких причин, як інсульт, ішемічна хвороба серця, серцева та хронічна ниркова недостатність, що призводить до значних медичних і соціальних проблем та економічних витрат.

У здорових людей АТ поступово підвищується з віком: у новонароджених його рівень складає 70/50 мм рт.ст., до кінця першого року життя він досягає 95/50 мм рт. ст. На цьому рівні АТ залишається незмінним кілька років, а потім протягом дитинства і підліткового періоду систолічний АТ зростає приблизно на 2 мм рт. ст. на рік, а діастолічний АТ - на 0,5-1 мм рт.ст. на рік. У хлопчиків підвищення АТ більш значне, ніж у дівчаток. З віком АТ продовжує поступово підвищуватися, але дещо швидше зростає у жінок, а до 60 років величина АТ у чоловіків і жінок вирівнюється. У осіб старше 50-60 років частіше спостерігається зростання систолічного артеріального тиску, тоді як діастолічний АТ може дещо зменшуватися [22].

Часто на початкових стадіях розвитку гіпертензії АТ коливається в широких межах і нерідко на певний час знижується до нормальних значень: під час сну, лихоманки, перетравлення їжі та ін. Такі коливання АТ, ймовірно, пов'язані зі зміною тонуусу гладких м'язів резистивних артерій.

Відповідно до останніх рекомендацій Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів, виділяють декілька рівнів АТ.

Таблиця .1.1

Класифікація АГ за рівнем АТ

Категорії	САТ мм рт.ст.	ДАТ мм рт.ст.
Оптимальний	<120	<80
Нормальний	<130	<85
Високий нормальний	130-139	85-89
Гіпертензія 1 ступінь	140-159 та/або 90-99	
2 ступінь	160-179 та/або 100-109	
3 ступінь	≥180 та/або ≥110	
Ізольована систолічна гіпертензія	≥140	<90

Згідно з цією класифікацією, АГ - підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище або ДАТ до 90 мм рт.ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менше ніж 2-3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Класифікація АГ за рівнем АТ вказує на ступінь його підвищення.(таб.1.2)

Для встановлення стадії АГ застосовується класифікація за ураженням органів-мішеней. Ця класифікація розроблена експертами ВООЗ та прийнята в Україні.

Таблиця 1.2

Класифікація АГ за ураженням органів-мішеней

Стадія I	Об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней відсутні.
Стадія II	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції. Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕХОКГ, рентгенографії), або генералізоване звуження артерій сітківки, або мікроальбумінурія та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (у чоловіків 115-133ммоль/л, у жінок 107-124 ммоль/л). Ураження сонних артерій -потовщення інтими-медії $\geq 0,9$ мм, або наявність атеросклеротичної бляшки.
Стадія III	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функції. Серце Інфаркт міокарда Серцева недостатність IIА-III ст. Мозок Інсульт Транзиторна ішемічна атака Гостра гіпертензивна енцефалопатія Судинна деменція

	<p>Очне дно Крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази артеріальної гіпертензії)</p> <p>Нирки Концентрація креатиніну в плазмі у чоловіків >133 мкмоль/л, у жінок >124 мкмоль/л</p> <p>Судини Розшарування аорти</p> <p>Оклюзивне ураження периферичних артерій.</p>
--	---

Однією з важливих рис нових рекомендацій ВООЗ є індивідуалізація терапевтичних підходів залежно від наявності ризик-факторів серцево-судинних ускладнень у хворого на АГ. Ризик серцево-судинних ускладнень визначається рівнем АТ, а також наявністю супутніх факторів ризику або вже наявних уражень органів-мішеней. Таким чином, у деяких хворих абсолютний ризик виникнення серцево-судинних ускладнень визначається не наявністю підвищення АТ, а супутніх клінічних ситуацій. Ґрунтуючись на даних багатоцентрових досліджень, виділяють 4 ступеня ризику : низький (імовірність виникнення серцево-судинних ускладнень упродовж 10 років не перевищує 15%); помірний (ризик серцево-судинних ускладнень – 15-20%); високий (ризик ускладнень – 20-30%); дуже високий (відповідно понад 30%).

Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень

Основні фактори ризику: вік (у чоловіків >55 років, у жінок >65 років); високий пульсовий тиск у осіб похилого віку (>60 мм рт.ст); паління; дисліпідемія (загальний холестерин >5,0 ммоль/л або холестерин ліпопротеїдів низької щільності >3,0 ммоль/л або холестерин ліпопротеїдів високої щільності <1,0 ммоль/л у чоловіків і <1,2 ммоль/л у жінок, або тригліцериди >1,7ммоль/л); глюкоза плазми натще серце 5,6 – 6,9 ммоль/л; порушення толерантності до глюкози; абдомінальне ожиріння (окружність талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок); серцево-судинні захворювання у сімейному анамнезі (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок).

Ураження органів-мішеней: гіпертрофія лівого шлуночка (ЕКГ-критерії: Соколова-Лайона $>38\text{мм}$, Корнельський $>2440\text{мм/мс}$; ехокардіографічні критерії: індекс маси міокарда лівого шлуночка для чоловіків $>125\text{ г/м}^2$, для жінок $>110\text{ г/м}^2$); ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (товщина інтими-медії сонної артерії $>0,9\text{ мм}$) або наявність атеросклеротичної бляшки; швидкість пульсової хвилі $>12\text{ м/с}$; індекс АТ гомілка/плечова артерія $<0,9$; невелике підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків $115\text{--}133\text{мкмоль/л}$, у жінок $107\text{--}124\text{ мкмоль/л}$); зниження розрахункового показника швидкості клубочкової фільтрації ($<60\text{ мл/хв/1,73 м}^2$) або розрахункового кліренсу креатиніну ($<60\text{ мл/хв}$); мікроальбумінурія ($30\text{--}300\text{ мг/добу}$).

Супутні захворювання: цукровий діабет; глюкоза плазми натще $>7,0\text{ммоль/л}$; глюкоза плазми крові через 2 години після навантаження $>11,0\text{ммоль/л}$; цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака); хвороби серця (ІМ, стенокардія, перенесена операція реваскуляризації, СН ІА-ІІІ); хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність - креатинін сироватки крові у чоловіків $>133\text{мкмоль/л}$, у жінок $>124\text{ мкмоль/л}$), протеїнурія $>300\text{ мг/добу}$; оклюзивні ураження периферичних артерій; важка ретинопатія (геморагії, ексудати, набряк диску зорового нерва) [19].

Таблиця 1.3

Стратифікація ризику для оцінки прогнозу хворих з АГ

	Рівень АТ, мм рт.ст.				
Фактори стратифікації	Нормальний САТ 120-129 ДАТ 80-84	Вис. норм. САТ 130-139 ДАТ 85-89	АГ 1 ступінь САТ 140-159 ДАТ 90-99	АГ 2 ступінь САТ 160-179 ДАТ 100-109	АГ 3 ступінь САТ >180 ДАТ >110
Немає факторів ризику	Середній ризик в популяції		Додатковий низький	Додатковий помірний	Додатковий високий
1-2 фактори ризику	Додатковий низький	Додатковий низький	Додатковий помірний	Додатковий помірний	Додатковий дуже висок.

Продовження таблиці 1.3

Множинні фактори ризику, ураження органів-мішеней, МС, ЦД	Додатковий помірний	Додатковий високий	Додатковий високий	Додатковий високий	Додатковий дуже високий
Серцево-судинні захворювання	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий

У молодих пацієнтів абсолютний загальний кардіоваскулярний ризик може бути нижче, навіть при високому АТ і наявності додаткових ризик-факторів. Однак при неефективному лікуванні з роками можливий розвиток частково незворотного високого ризику.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

1. Лікування (немедикаментозне і медикаментозне) необхідно починати якомога раніше і проводити його постійно, як правило, все життя. Поняття “курсове лікування” доантигіпертензивної терапії неприйнятне.

2. Всі особи з підвищеним АТ підлягають немедикаментозному лікуванню, або модифікації способу життя. Дієтичні рекомендації займають важливе місце серед немедикаментозних методів корекції АГ.

3. Схема лікування повинна бути простою, по можливості – за принципом “одна таблетка на день”. Це збільшує кількість хворих, що реально лікуються, і відповідно зменшує кількість тих, які припиняють лікування.

4. Перевагу слід надавати антигіпертензивним препаратам тривалої дії, в т.ч. – ретардним формам, оскільки це попереджує значні коливання АТ протягом доби, а також зменшує кількість призначених таблеток.

5. Хворі літнього віку з ізольованою систолічною гіпертензією підлягають лікуванню так само, як із систоло - діастолічною.

6. У хворих із вторинною гіпертензією першочерговим завданням є лікування її причини. Артеріальна гіпертензія також підлягає обов’язковій

корекції. Як зазначає комітет експертів ВООЗ, для поліпшення прогнозу хворого з артеріальною гіпертензією більш важливим є зниження артеріального тиску, ніж характер препаратів, що застосовуються для цього [19].

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

Вона спрямована на: зменшення ваги тіла за наявності ожиріння; зменшення вживання алкоголю; регулярне виконання динамічних фізичних вправ; обмеження вживання кухонної солі до 5,0 г на добу (1/2 ч. ложки солі); достатнє вживання калію, кальцію та магнію; зменшення вживання насичених жирів та холестерину; відмову від паління.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

Препарати першої лінії: діуретики, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію тривалої дії, антагоністи рецепторів ангіотензину II, бета-адреноблокатори. Препарати першої лінії при застосуванні в еквівалентних дозах приводять до однакового зниження АТ та суттєвого зменшення ризику серцево-судинних ускладнень.

Препарати другої лінії: альфа-1-адреноблокатори, алкалоїди раувольфії, центральні α_2 -агоністи (клонідін, гуанфацин, метилдопа), агоністи імідазолінових рецепторів (моксонідин), прямі інгібітори реніну [19].

Причини резистентної гіпертензії: 1) помилки при вимірюванні артеріального тиску: використання звичайної манжетки у пацієнта з ожирінням; «офісна» гіпертензія (білого халату); псевдогіпертензія у людей похилого віку; 2) відсутність або недостатня модифікація способу життя: ожиріння; надмірне вживання алкоголю; надмірне вживання солі; 3) низька прихильність пацієнта до лікування, що зумовлена недостатньою обізнаністю щодо проблеми АГ, низьким культурним рівнем, великою кількістю призначених ліків, наявністю побічних ефектів, економічним фактором; 4) перевантаження об'ємом, що зумовлене: неадекватною терапією діуретиками, надмірним вживанням солі та рідини; 5) нераціональний режим призначення ліків: неадекватна частота прийому, нераціональні комбінації, неадекватні дози.

Обираючи антигіпертензивні препарати, потрібно зважати на ураження органів-мішеней (органопротекцію), та пам'ятати, що уражені органи можуть ще не давати клінічних проявів (субклінічне ураження органів-мішеней). Один із найважливіших органів-мішеней є серце. Першим кроком на шляху до каскаду патологічних змін слугує гіпертрофія лівого шлуночка. У пацієнтів з гіпертрофією лівого шлуночка найбільш обґрунтовано сповільнюють її прогресування та в окремих випадках викликають її регрес наступні групи препаратів: ІАПФ, БРАП та АК. Для пацієнтів з АГ і безсимптомним атеросклерозом (атеросклерозом, який ми можемо визначити лише на великих судинах за допомогою додаткових методів обстеження) препаратами вибору є АК та ІАПФ. З метою нефропротекції (при мікроальбумінурії, нирковій дисфункції) обґрунтовано застосовувати препарати з класу ІАПФ та БРАП, які зарекомендували себе як препарати з нефропротекторною дією [10].

Диференційовані підходи при виборі антигіпертензивного препарату для лікування базуються перш за все на особливостях профілю дії тих чи інших груп препаратів й індивідуальній оцінці ризику пацієнта. Так, особам похилого віку в терапії АГ рекомендовано застосовувати АК та діуретики; особам з метаболічним синдромом – ІАПФ, БРАП та АК; пацієнтам з цукровим діабетом – ІАПФ та БРАП; афроамериканцям – діуретики та АК (при використанні інгібіторів АПФ у цій групі спостерігається більша частота побічних ефектів, в тому числі алергічних реакцій по типу набряку Квінке, і значно нижча антигіпертензивна активність) [5]. Результати досліджень, проведених в останні роки, свідчать про підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії при використанні комбінації діуретика з ІАПФ або БРАП, або блокатором кальцієвих каналів, а в останніх великомасштабних випробуваннях — комбінації ІАПФ та блокатора кальцієвих каналів. Комбінація БРАП та блокатора кальцієвих каналів також є раціональною і ефективною.

Неконтрольована АГ сьогодні вважається одним із найбільш вагомих чинників зменшення тривалості життя населення, через що ця проблема вимагає системного ставлення до неї. Саме тому вона розглядається на

загальнодержавному рівні з впровадженням в дію різноманітних програм направлених на виявлення хворих із підвищеним АТ, створення у них мотивації до тривалого лікування та дотримання вимог здорового способу життя.

1.2. Основні аспекти здорового способу життя

Нині цілком закономірним є інтерес до проблем охорони здоров'я з боку всього населення України. Життя і здоров'я людини як основний принцип державної політики зафіксований у Конституції України. У нормативних документах: Національній доктрині розвитку освіти України у ХХІ ст., Законі України "Про загальну середню освіту", Національній програмі, звертається особлива увага на необхідність покращення духовного та фізичного здоров'я нації. Увага до проблеми здорового способу життя з кожним роком зростає в усьому світі. У Канаді, Великобританії, США, Франції піклування про здоров'я є частиною національної політики, про що свідчать державні програми здоров'я і національні інформаційні огляди про стан здоров'я громадян. Населення цих країн усвідомлює, що ступінь здорової особистості прямо залежить від ставлення до нього на державному й особистому рівні.

При вивченні проблеми здорового способу життя виділяють три рівні дослідження: теоретичний (соціально-філософський), спеціально-науковий теоретичний і спеціально-науковий емпіричний. На соціально-філософському рівні визначаються, у найбільш загальній формі, сутність, структура й динаміка способу життя людини. Вивчаючи загальні питання способу життя, вчені-філософи розробляють теоретичні, методологічні, світоглядні, етичні, ціннісні й ідеологічні підстави для двох наступних рівнів дослідження. На спеціально-науковому теоретичному рівні визначаються структурні й динамічні аспекти способу життя у різних галузях його виявлення, а також використовується методологія окремих наук. Отже, можна стверджувати про наявність екологічних, психологічних, педагогічних, медичних, соціологічних аспектів вивчення проблеми способу життя. Із практичної точки зору дослідження способу життя на спеціально-науковому теоретичному рівні є найбільш

важливим, оскільки конкретизується залежно від способу його включення до концептуального апарату різних наук. На спеціально–науковому емпіричному рівні здійснюються практичні дослідження різних конкретно–наукових сторін здорового способу життя людини. На цьому рівні здійснюються спеціальні міждисциплінарні дослідження способу життя. Специфічною рисою таких досліджень є їх зв'язок з різноманітністю життєдіяльності конкретної людини. Таким чином, весь процес творчої діяльності людини в ході суспільно–історичного розвитку, спрямований на формування уявлень про здоровий спосіб життя та мотивів поведінки людини у повсякденному житті.

Про здоров'я людина стала замислюватись з того часу, коли усвідомила себе соціальною істотою. Люди намагалися зрозуміти сутність здоров'я і шукали всілякі заходи, які сприяли б його зміцненню. Тож, ще з давніх часів, було помічено вплив на здоров'я умов праці, звичок, звичаїв, навіть вірувань, думок, хвилювань. Давні лікарі обов'язково призначали своїм пацієнтам той чи інший режим харчування, давали поради, як поводити себе під час хвороби, тобто намагались полегшити страждання і прискорити видужання хворих шляхом правильного поводження. Причинами хвороби вважали порушення сну, режиму відпочинку, тяжку або напружену, неспокійну працю, різноманітні побутові конфлікти, негаразди, образи, розчарування, наслідки недостатнього, нерегулярного харчування та ін.

Відомий історик медицини Ю.Лісіцин відзначав, що медицина минулого, особливо у давні часи та середньовіччя, ґрунтувалась не лише на забобонах та релігійних догмах, а й на раціональних судженнях, заснованих на багатому досвіді народного лікування, методах профілактики, розвитку наукових досліджень [13]. Так, Гіппократ, який за глибиною мислення випереджав свій час, стверджував, що більшість хвороб залежить від дій, вчинків, думок людини, умов її життя, природних факторів, підкреслював, що саме конкретне оточуюче середовище, праця, побут, схильності особистості спричиняють захворювання. Великий індійський лікар Сушрута вчив пильного спостереження за хворим: як він себе поводить, харчується, відповідає на

питання, які життєві обставини призвели до хвороби. В своїх рекомендаціях він надавав неабиякого значення дієті, фізичним вправам, зміні навколишнього середовища.

Із розвитком діяльності ВООЗ (1948 р.), розпочався пошук нових шляхів покращення здоров'я людини, збір і систематизація інформації про існуючі загрози здоров'ю. Започаткування такої діяльності відбулося в Канаді, де у звіті міністра охорони здоров'я "Новий підхід до охорони здоров'я канадців" (1974р.) уперше на урядовому рівні було аргументовано доведено, що медичне обслуговування населення, на якому б рівні воно не знаходилося, має лише незначний вплив на стан здоров'я, здебільшого все залежить від способу життя людини. З позиції державної політики такий підхід є набагато ефективнішим та економічно доцільнішим порівняно з нескінченними витратами на лікування наслідків нездорового способу життя [27]. Тож, більш вагомим чинником для збереження здоров'я визнається здоровий спосіб життя.

Проблема формування здорового способу життя досить ретельно висвітлюється в багатьох соціально-філософських, педагогічних, соціологічних, медичних працях. Для сучасних досліджень феномену «здоровий спосіб життя» характерне комплексне розуміння досліджуваного питання.

На думку Т.Бойченко, Н. Колотій, "здоровий спосіб життя – це сукупність форм життєдіяльності людини, яка забезпечує її здоров'я та успішний життєвий шлях. Власне, це – гармонійна життєдіяльність людини, що сприяє зміцненню і збереженню здоров'я"[10].

Науковець С. Кондратюк, визначаючи здоровий спосіб життя через діяльність, дає наступну характеристику цього поняття: "здоровий спосіб життя – це форма життєдіяльності, яка ґрунтується на вимогах добового біоритму і включає такі основні складові, як особиста гігієна, рухова активність, режим харчування та сну, загартування, чергування праці і відпочинку, відсутність шкідливих звичок" [5]. Дослідниця вважає, що здоровий спосіб життя безпосередньо пов'язаний з особистісно-специфічним втіленням людьми своїх соціальних, психологічних та фізичних можливостей і здібностей.

Учена В. Оржеховська розуміє сутність здорового способу життя як форм повсякденного життя, які відповідають гігієнічним правилам, розвивають адаптивні можливості організму, сприяють успішному відновленню, підтримці і розвитку його резервних можливостей, повноцінному використанню соціально-психологічних функцій.

На думку сучасних вчених О. Балакіревої, О. Яременко: “здоровий спосіб життя – це все в людській діяльності, що стосується збереження і зміцнення здоров’я, все, що сприяє виконанню людиною своїх людських функцій через посередництво діяльності по оздоровленню умов життя – праці, відпочинку, побуту” [20].

За сучасними уявленнями здоров’я розглядають не як суто медичну, а як комплексну проблему, складний феномен глобального значення. Тобто здоров’я визначається як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об’єкт споживання, вкладу капіталу, індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем.

Світова наука розробила цілісний погляд на здоров’я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери або складові - фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Всі ці складові невід’ємні одна від одної, вони тісно взаємопов’язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров’я людини. Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномена здоров’я наука диференціює поняття фізичного, психічного, соціального і духовного здоров’я. Цей принцип диференціації був закладений у згрупування індикаторів опитування з урахуванням змісту кожної сфери.

До сфери фізичного здоров’я включають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, перебігу фізіологічних функцій організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівня фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збудженість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уяв, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язано з особливостями мислення, характеру, здібностей. Всі ці складові і чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на однакові життєві ситуації, вірогідність стресів, афектів.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, зокрема складових духовної культури людства - освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду - все це обумовлює стан духовного здоров'я індивіда.

Соціальне здоров'я пов'язано з економічними чинниками, стосунками індивіда із структурними одиницями соціуму - сім'єю, організаціями, з якими створюються соціальні зв'язки, праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Впливають міжетнічні стосунки, вагомість різниці у прибутках різних соціальних прошарків суспільства, рівень матеріального виробництва, техніки і технологій, їх суперечливий вплив на здоров'я взагалі. Ці чинники і складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що суттєво позначається на здоров'ї людини. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку головних сфер суспільного життя в певному середовищі - економічній, політичній, соціальній, духовній.

Зрозуміло, що у реальному житті всі чотири складових - соціальна, духовна, фізична, психічна, і діють одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісного складного феномена.

Здоровий спосіб життя є передумовою для розвитку різних сторін життєдіяльності людини, досягнення нею активного довголіття та повноцінного виконання соціальних функцій.

У медико-гігієнічних дослідженнях основна увага приділяється діючому аспекту здорового способу життя, дане поняття розуміють як: оптимальний руховий режим; раціональне харчування; відмова від шкідливих звичок (паління, вживання алкогольних напоїв та наркотичних речовин); загартовування; особиста гігієна; позитивні емоції [18].

Актуальність здорового способу життя викликана зростанням і зміною характеру навантажень на організм людини у зв'язку з ускладненням суспільного життя, збільшенням ризиків техногенного, екологічного, психологічного, політичного і військового характеру, що провокують негативні зрушення в стані здоров'я [27].

Здоров'я людини більш ніж на 50%, відповідно до різних джерел, залежить від його способу життя. Як вважають деякі дослідники, здоров'я людини на 60% залежить від його способу життя, на 20% - від навколишнього середовища і лише на 8% - від медицини". За даними ВООЗ, здоров'я людини на 50-55% визначається умовами і способом життя, на 25% - екологічними умовами, на 15-20% воно обумовлено генетичними факторами і лише на 10-15% - діяльністю системи охорони здоров'я .

На думку науковців, нинішній кризовий стан громадського та індивідуального здоров'я зумовлений такими факторами:

1. Відсутнє суспільне усвідомлення цінності здоров'я, переважає суспільна байдужість до здоров'я нації, не сформована ефективна система стимулювання населення до збереження свого здоров'я.

2. Обмежена рухова активність. Гіподинамія притаманна більшості людей працездатного та літнього віку і є причиною виникнення багатьох хвороб. Лише 13% українців мають необхідний, фізіологічно обумовлений рівень рухової активності, тоді як у країнах ЄС – 40–60%, а в Японії – 70–80%. Рухова активність – один із основних факторів збереження та зміцнення здоров'я. Серед осіб, котрі займаються фізичною культурою та спортом, значно менше поширені тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків та ВІЛ/СНІД.

3. Тютюнопаління та вживання алкоголю.

4. Нераціональне та незбалансоване харчування. Воно є одним із найбільш важливих факторів ризику виникнення серцево-судинних та онкологічних захворювань, діабету, інших патологічних станів [25].

Наукові дослідження дозволили встановити, що між станом здоров'я дорослого населення і характером його способу життя є пряма, цілком достовірна залежність. При цьому серед населення, яке має 1 групу здоров'я, близько 70% ведуть здоровий спосіб життя, і лише 3 - 4% нездоровий. Серед людей з 3,4 і 5 групами здоров'я близько 30% ведуть нездоровий спосіб життя, і лише 4 - 5% - здоровий.

Частка впливу на розвиток захворювання такого фактору, як спосіб життя, становить більше 60% при ішемічній хворобі серця [14].

В останні роки завдяки зростаючій технізації та автоматизації багатьох виробничих процесів зменшилася частка фізичної роботи, відповідно знизилася витрата енергії. Це призвело до того, що енергетична цінність їжі перевищує енерговитрати. У зв'язку з цим різко збільшилося число людей, що страждають ожирінням і пов'язаними з ним захворюваннями. До їх числа можна віднести так звані масові дегенеративні хвороби, головним чином атеросклероз, дисліпідемію, артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, порушення толерантності до вуглеводів. Ожиріння знижує тривалість життя в середньому на 8-10 років і є значущим передвісником розвитку інсульту і ішемічної хвороби серця [28].

На сьогодні у світі зібрано достатню кількість даних про зв'язок харчування і здоров'я. Невипадково слово «дієта» в перекладі з грецької означає здоровий спосіб життя. Правильне харчування забезпечує нормальний ріст та розвиток дітей, здоров'я та якості життя людини, працездатність, активне довголіття, творчий потенціал нації. Крім того, правильно організоване харчування відіграє важливу роль у зниженні ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань, особливо так званих хвороб століття: серцево-судинних. У 80-90-ті роки ХХ століття остаточно була сформульована концепція про зв'язок характеру харчування з розвитком указаних

захворювань. Встановлено, що відносне підвищення споживання тваринних жирів і цукру на тлі різкого зменшення в раціоні овочів і фруктів, багатих на вітаміни, мінеральні речовини, мікроелементи, харчові волокна і міnorні біологічно активні речовини, призводить до розвитку хвороб серцево-судинної системи, порушень обміну речовин. [8].

У 1992 р. американськими дієтологами була розроблена «піраміда» здорового харчування, яка стала керівництвом по правильному якісному і кількісному підборі продуктів харчування. Зверху піраміди знаходяться тваринні і рослинні жири та солодощі. Нижче - м'ясо, молочні продукти, птиця, риба, яйця і горіхи. Ще нижче - фрукти і овочі. В основі піраміди знаходяться злаки та продукти з них, крупи. І хоча за останній час саме зображення піраміди зазнало деяких змін, в її основі як і раніше знаходяться овочі, фрукти і вуглеводи (крупи) з низьким глікемічним індексом [7]. Саме ці продукти, що лежать в основі піраміди здорового харчування, повинні складати 55-60% енергетичної цінності харчового раціону будь-якої людини [26].

Найбільш розроблений план здорового харчування називається DASH-дієта. Клінічне випробування, назване "DASH" (скорочення від Dietary Approaches to Stop Hypertension - дієтичний підхід для припинення гіпертонії). Значення слова dash (читається як "деш"): сильний удар, швидкий прорив, довело, що підвищений кров'яний тиск може бути знижено дієтою з низьким вмістом насичених жирів, загального жиру і холестерину і багатою фруктами, овочами і знежиреними молочними продуктами. Раціон повинен бути збагачений магнієм, калієм, кальцієм, а так само білками і волокнами.

У дослідженні "DASH" порівнювали три раціони: 1)раціон, подібний за харчовими речовинами із звичайним для багатьох американців; 2) раціон, звичайний для американців, але збагачений овочами і фруктами; 3)«комбінований» раціон - дієта DASH - з пониженим вмістом насичених жирів, загального жиру, холестерину; збагачений фруктами, овочами і знежиреними дієтичними продуктами. Всі три раціону містять приблизно 3000мг натрію - на 20 відсотків нижче середнього значення у США для

дорослого. Жоден з раціонів не був вегетаріанським і не містив спеціальних продуктів.

Результати показали, що фруктовово-овочеві та комбіновані раціони знижували тиск, але при комбінованому раціоні досягався найкращий ефект. Дієта DASH знижує кров'яний тиск: систолічний в середньому на 6 мм рт. ст., діастолічний - на 3 мм рт.ст. Це виразніше виявлялося у людей з високим тиском: систолічний тиск зменшився в середньому на 11 мм рт. ст., діастолічний - на 6 мм рт. ст. В подальшому тиск знижувався швидше, протягом 2 тижнів після початку дотримання дієти [41].

Дослідження показали, що розвиток артеріальної гіпертензії може бути припинено дієтою. Крім того, спеціальний харчовий раціон сприяє зниженню вже підвищеного кров'яного тиску. У зв'язку з цим Американська Асоціація Серця рекомендує застосування дієти DASH не тільки в цілях первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертонії, але й профілактики серцево-судинних захворювань в цілому. Проведені дослідження показують, що дієта DASH ще більш ефективна при подальшому обмеженні споживання солі.

DASH-дієта припускає вживання цільних зерен, м'яса птиці, риби, горіхів і низький вміст жирів, червоного м'яса, солодкого і цукровмісних напоїв. Крім того, в корисних продуктах багато калію, кальцію і магнію, також як білків і волокон.

Останні публікації показують, що будучи безсумнівно ефективною, ця програма призводить до значимого зниження концентрації в крові гомоцистеїну - амінокислоти, підвищений вміст в крові якої є фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань.

Фізична робота є однією з найбільш природних для організму адаптивних поведінкових реакцій, яка потребує взаємодії всіх ланок системи кровообігу.

Так, наприклад, малорухомий спосіб життя уповільнює активні процеси та кровообіг. А їх необхідно стабільно підтримувати на належному рівні. У цьому плані заняття фізичною культурою (ранкова гімнастика, плавання, танці, біг, їзда на велосипеді, відвідування тренажерних залів) є відмінними і

перевіреними способами поліпшення стану здоров'я і профілактики багатьох захворювань, у тому числі і патології серця.

Відомо, що під впливом фізичних вправ помітно поліпшуються функціональний стан і скорочувальна функція міокарду; зменшуються секреція катехоламінів, вміст ліпідів і загального холестерину в крові. Вважають, що фізична активність затримує розвиток коронарного атеросклерозу у віці після 40 років, веде до підвищення активності антизгортальної системи крові, попереджаючи тромбоемболічні ускладнення, і таким чином, попереджує і усуває прояв більшості основних факторів ризику хвороб серця [9].

Позитивний ефект, пов'язаний зі збільшенням фізичної активності, очевидний і різноманітний: зниження ризику ішемічної хвороби серця; зниження артеріального тиску; збільшення фібринолітичної активності крові; підвищення толерантності до фізичних навантажень; підвищення толерантності до глюкози; поліпшення ліпідного профілю; зменшення маси тіла; відновлення працездатності і повернення до роботи за професією; зменшення тяжкості депресії; покращення функції дихання; зменшення доз деяких лікарських засобів; нормалізація психоемоційного і загального стану організму та покращення якості життя [28].

Значення фізичних вправ полягає не тільки в профілактиці захворювань серцево-судинної системи. Фізичні вправи мають велике значення і для лікування цих захворювань.

Таким чином, підсумовуючи дану інформацію, здоровий спосіб життя – це спосіб життєдіяльності людини, метою якого є формування, збереження і зміцнення здоров'я.

Сьогодні рекомендації щодо зміни способу життя є одними з основних у лікуванні і веденні пацієнта з високим ризиком або наявністю серцево-судинних захворювань. Впровадження і використання тільки головних рекомендацій (збільшення фізичної активності, раціональне харчування, відмова від шкідливих звичок) дозволить підвищити виживання і якість життя

пацієнтів, а також зменшити витрати на лікування серцево-судинних захворювань.

1.3. Ефективність лікування артеріальної гіпертензії в залежності від способу життя

Відповідно до поширеності і тяжкості ускладнень, основним критерієм, що визначає стратегію і тактику лікування артеріальної гіпертензії є так званий серцево-судинний ризик, тобто ризик розвитку серцево-судинних ускладнень протягом 10-річного періоду. Визначення серцево-судинного ризику і його мінімізація є найбільш принциповим моментом роботи з хворим на артеріальну гіпертензію.

Основною метою лікування АГ є зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Чим вищий АТ, тим вищий ризик мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця та передчасної смерті. Довготривала АГ призводить до ураження органів-мішеней, у тому числі — гіпертрофії лівого шлуночка, серцевої недостатності, ураження нирок аж до розвитку ниркової недостатності тощо.

Досягнення мети лікування можливе тільки у разі максимального зниження сумарного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень і передбачає: досягнення та підтримання цільового рівня артеріального тиску — <140/90 мм рт. ст., а у хворих високого і дуже високого ризику — нижчого за 130/80 мм рт. ст.; модифікацію факторів ризику (припинення тютюнопаління, дотримання здорової дієти, обмеження вживання солі та алкоголю, підвищення фізичної активності тощо); ефективне лікування супутніх клінічних станів (цукрового діабету, гіперхолестеринемії тощо).

Треба прагнути досягти деяких показників норми: 1) маса тіла за індексом Кеттле: маса тіла в кг/ріст у (м)²: у нормі 24-26 кг/м², надлишкова маса тіла вважається при індексі 28-29 кг/м²; 2) рівень холестерину плазми: бажаний <200 мг/дл (<5,17 ммоль/л), пограничний 200-240 мг/дл (5,17-6,18 ммоль/л), підвищений >240 мг/дл (>6,21 ммоль/л); 3) рівень холестерину ліпопротеїнів

низької щільності відповідно <130 мг/дл (<3,36 ммоль/л); 130-160мг/дл (3,36 - 4,11 ммоль/л); >160 мг/дл (>4,13 ммоль/л); 4) рівень глюкози в крові не вище 5,6 ммоль/л; 5) рівень сечової кислоти в крові не вище 0,24ммоль/л.

Заходи щодо зміни способу життя рекомендуються всім хворим, у т.ч. одержуючим медикаментозну терапію, особливо при наявності факторів ризику. Вони дозволяють: знизити артеріальний тиск; зменшити потребу в антигіпертензивних препаратах і підвищити їх ефективність; сприятливо впливають на наявні фактори ризику; здійснити первинну профілактику АГ і знизити ризик серцево-судинних захворювань на популяційному рівні.

Зміна способу життя передбачає: зменшення ваги тіла за наявності ожиріння; зменшення вживання алкоголю; регулярне виконання динамічних фізичних вправ; обмеження вживання кухонної солі до 5,0 г на добу (1/2ч. ложки солі); достатнє вживання калію, кальцію та магнію; зменшення вживання насичених жирів та холестерину; відмову від паління.

Дослідження показують, що зниження маси тіла на кожні 10 кг призводить до зниження систолічного артеріального тиску на 5-20 мм рт.ст. Зниження вживання натрію хлориду до 2-4 г на добу або повареної солі до 6 г на добу дає зниження систолічного артеріального тиску до 2-8 мм рт.ст., а раціональне харчування, дотримання дієти, багатой фруктами, овочами, зі зниженим вмістом жирів - до 8-14 мм рт. ст. Регулярна фізична активність не менше 30 хв. на день протягом більшості днів на тиждень забезпечує зниження систолічного артеріального тиску на 4-9 мм рт. ст. [12].

Саме ожиріння відносять до найбільш розповсюджених факторів підвищення АТ. Дієтотерапія АГ є необхідним компонентом комплексного лікування і спрямована на нормалізацію АТ за допомогою зниження збудливості ЦНС, поліпшення функціонального стану нирок і кори надниркових залоз і, тим самим, нормалізацію водно-сольового балансу і тонуусу судин [12]. Зниження надлишкової маси тіла дозволяє у деяких людей практично повністю нормалізувати АТ та уникнути антигіпертензивного лікування. Дотримуючись нескладних рекомендацій з раціону і режиму

харчування, можна запобігти серйозним ускладненням, надовго зберегти здоров'я і гарний настрій.

Обмеження споживання хлориду натрію - повареної солі як головного джерела натрію - є одним з основних принципів дієтотерапії при АГ. Бідна натрієм дієта знижує АТ за рахунок зменшення в крові рідини, а також підсилює дію застосованих при АГ ліків. У 35-60% хворих тільки обмеження кухонної солі до 4 - 5 г в день знижує систолічний артеріальний тиск на 4–6 мм рт.ст. та діастолічний артеріальний тиск – на 2–3 мм рт.ст. без прийому ліків. При позитивному ефекті обмеження кухонної солі в дієті зниження АТ починається, як правило, на 5-7-й день і досягає свого максимуму через 2-3 тижні. Збільшення вживання калію до 40-80 ммоль на добу зі свіжими овочами та фруктами знижує АТ у тій же мірі, що і обмеження натрію.

Їжа повинна містити достатню кількість калію і магнію (щоденне вживання фруктів та овочів до 400–500 г) та кальцію (молочні продукти). Рекомендується вживати рибу тричі на тиждень. Зменшувати в раціоні кількість жирів, особливо тваринного походження, та обмежувати продукти, багаті на холестерин. Менше вживати цукру (60 г/добу) і продуктів, що його містять [19].

Продукти харчування з високим вмістом необхідних мікроелементів

Калій	Абрикоси, курага, урюк, ізюм, чорна смородина, чорнослив, картопля, гарбуз, буряк, редька.
Кальцій	Молоко, сир, йогурт, інші молочні продукти (нежирні), риба та рибопродукти.
Магній	Гречка, пшоно, овес, горох, соняшник, петрушка, хрін, гарбуз, картопля, буряк.

Раціональна дієтотерапія дозволяє зменшити рівень артеріального тиску у хворих з м'якою гіпертензією тією ж або навіть більшою мірою, ніж

монотерапія антигіпертензивними препаратами. Так, в дослідженні DASH дотримання хворими низькосольової дієти, що містить фрукти, овочі та продукти з низьким вмістом жирів, дозволило досягнути зниження артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією на 11,4/5,5 мм рт. ст. Нижче наводяться основні компоненти цієї дієти [19].

Таблиця 1.4

Харчові компоненти DASH – дієти

Вид їжі	Приклади
Злаки та зернові продукти	<i>Забезпечує енергією та рослинними волокнами</i> Цільний пшеничний хліб, хліб грубого помолу, крупи та рослинні волокна, вівсяна крупа.
Овочі	<i>Джерела калію, магнію і волокон</i> Помідори, картопля, морква, горох, гарбуз (кабачок); броколі, ріпа, листова капуста, шпинат, квасоля (боби).
Фрукти	<i>Джерела калію, магнію і волокон</i> Абрикоси, банани, фініки, виноград, апельсин, грейпфрути, манго, диня, персики, яблука, сливи (чорнослив), родзинки, суниця і мандарини.
Продукти з низьким вмістом жиру та знежирені молочні продукти	<i>Багаті джерела кальцію та білків.</i> Знежирене або 1% молоко, знежирена сироватка або йогурт, частково знежирений сир.
М'ясо, домашня птиця, риба	<i>Багате джерело білків і магнію</i> Брати тільки пісне, вилучати жир, тушкувати або варити, але не жарити, знімати шкіру з птиці.
Горіхи, боби, насіння	<i>Джерело білків і волокон.</i> Мигдаль, фундук, арахіс, грецький горіх, насіння соняшнику.

Вплив паління як чинника ризику ішемічної хвороби серця особливо великий у зв'язку з широким поширенням його серед населення. Показники непрацездатності в популяції курців вищі, ніж у тих, що не палять. У людей, які споживають тютюн, у 28 разів частіше розвивається інфаркт міокарду, в 34 рази частіше настає смерть від ішемічної хвороби серця [4]. За результатами аналізу великих, міжнародних досліджень було показано, що смертність серед курців, хворих АГ, в 2 рази вище, ніж у некурящих пацієнтів [15].

Загальновідомо, що нікотин і оксид вуглецю впливають на функцію серцево-судинної системи і викликають зміни обміну речовин, підвищення вмісту в плазмі катехоламінів і карбоксигемоглобіну, прискорюють агрегацію тромбоцитів, знижують рівень кисню в тканині серця. Результати численних експериментів показали, що після викурювання цигарки кількість циркулюючих в крові кортикостероїдів різко зростає, що супроводжується прискоренням частоти серцевих скорочень, збільшенням хвилинного об'єму серця, підвищенням артеріального тиску, збільшенням швидкості скорочень міокарда [4]. Карбоксигемоглобін збільшує тенденцію до виникнення тромбозів завдяки збільшенню агрегації тромбоцитів і стимуляції еритропоезу, що веде до збільшення в'язкості крові.

Науковці вважають, що при палінні нікотин, а також і оксид вуглецю викликають підвищення концентрації в плазмі неестерифікованих жирних кислот, надлишок яких стимулює синтез атерогенних ліпопротеїдів дуже низької щільності. Також відмічається підвищення вмісту бета-ліпопротеїдів, холестерину, загальних ліпідів крові, зниження ліполітичної активності крові у курців. Таким чином паління викликає поширення атеросклерозу і збільшує ризик атеросклеротичних уражень.

При відмові від паління серцево-судинний ризик значимо знижується вже через 10-14 днів, ризик коронарних подій зменшується на 50% через 2 роки (найбільш значно - через кілька місяців), а через 3-5 років ризик смерті колишнього курця не перевищує такого у ніколи непалившої людини [28].

Результати досліджень свідчать про те, що куріння суттєво впливає на ефективність і безпечність багатьох лікарських препаратів, у т.ч. кардіологічних. Нікотин негативно впливає на фармакокінетику бета-адреноблокаторів, антагоністів кальцію, гепарину, нітратів, істотно редукуючи їх терапевтичні ефекти [2]. Серед безлічі причин, що зменшують ефективність серцево-судинних препаратів у курців необхідно виділити дві основні: активація симпатичного відділу вегетативної нервової системи і розвиток ендотеліальної дисфункції [15]. Таким чином, виникає проблема ефективності призначених препаратів у курців. Тому відмова від паління являється важливою частиною лікування АГ.

При наявності високого ступеню нікотинової залежності у хворого на АГ доцільне призначення нікотинозамісної терапії. Жувальна гумка, що містить нікотин (наприклад, нікоретте 2мг) з нейтральним або м'яким присмаком рекомендується особам, що випалюють до 25 сигарет на добу, а 4мг— тим, хто щодня випалює понад 25сигарет.

Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ, причому як епізодичне, так і хронічне. Залежність між вживанням алкоголю і поширеністю АГ має вигляд J-подібної кривої. Частота АГ найменша серед осіб, що вживають алкоголь в окремих випадках, і поступово зростає в залежності від зростання щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв [19].

Надмірне вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ та викликає резистентність до антигіпертензивної терапії.

Наукові дослідження доказують, що у алкоголіків дуже швидко і тяжко пошкоджується серцево-судинна система. Захворювання органів кровообігу зустрічаються у них у 20 разів частіше, ніж у неп'ющих. Зв'язок вживання алкоголю з виникненням АГ вивчений досить добре і не викликає сумніву. Було встановлено, що особи, що вживають три і більше дози алкоголю в день (за одну дозу алкоголю в більшості зарубіжних досліджень приймають 10,0 г умовного 100% етанолу), мали не тільки більш високі рівні як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, але і більш високу поширеність АГ, ніж в

осіб, що вживають менше 30,0 г етанолу. Не викликає сумніву і той факт, що вживання великих доз алкоголю призводить не тільки до виникнення АГ, але й до її важкого ускладнення - мозкового інсульту [16].

З іншого боку, більш ніж у 100 проспективних дослідженнях показано, що вживання алкоголю в невеликих кількостях дозволяє на 20-45% знизити ризик ішемічних подій, інсульту, цукрового діабету, периферичного атеросклерозу судин, раптової серцевої смерті і в цілому кардіоваскулярну смертність [16]. Ці дані стосуються як чоловіків, так і жінок, а також як первинної, так і вторинної профілактики. Механізмом, який знижує ризик, являється, мабуть, підвищення фібринолітичної активності, рівня ліпопротеїдів високої щільності, зниження інсулінорезистентності, агрегації тромбоцитів і вміст високочутливого С-реактивного білка [6]. У ряді досліджень показані унікальні кардіопротективні властивості червоного вина, хоча це справедливо для різних видів алкоголю [17]. Тим не менше в сучасних рекомендаціях прийом алкоголю не включений в заходи щодо профілактики серцево-судинних захворювань.

При вивченні залежності смертності від вживання алкоголю рядом зарубіжних авторів показано, що помірне вживання алкоголю асоціюється з більш низькою загальною смертністю (від усіх причин в цілому). Вживання двох і менше алкогольних доз в день призводило до зниження ризику смерті від ішемічної хвороби серця. Вживання більш високих доз алкоголю підвищувало ризик смерті взагалі, в тому числі і від серцево-судинних захворювань.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я запропонували хворим АГ понизити споживання алкоголю принаймні до 20-30г чистого етанолу в день для чоловіків (відповідає 50-60 мл горілки, або 200-250 мл сухого вина, або 500-600 мл пива) і до 10-15 г етанолу в день для жінок.

Достатня фізична активність сприяє зниженню ваги, або попереджує виникнення надлишкової маси тіла й ожиріння, вона асоційована з більш низькими рівнями ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів та більш високим рівнем ліпопротеїдів високої щільності, а також з більш низькими

цифрами АТ та підвищеною чутливістю до інсуліну [9]. Наприклад, біг підтюпцем протягом 30 хвилин сприяє спалюванню 300 ккал або 40 г ваги, плавання - 175 ккал за 30 хв, катання на ковзанах - 200 ккал за 30хв. Але найпростішим і доступним способом, як виявилось, є звичайна ходьба, оскільки вона поліпшує кровообіг, стимулює роботу серця й легенів, розслаблює суглоби й допомагає схуднути. Ученими з Америки під час пробного тесту було доведено, що повторні динамічні навантаження на організм викликають достовірне зниження артеріального тиску незалежно від того втрачає тіло вагу, чи ні. Ізометричні навантаження, такі як підйом ваги, сприяють підвищенню артеріального тиску і повинні бути виключені.

Для хворих гіпертонією особливо важливий психологічний комфорт. Сварки, конфлікти, недостатній сон, робота в нічну зміну, відрядження, незадоволення своєю роботою, надмірні емоційні навантаження - усе це відгукнеться такими почуттями, як гнів, туга, страх, злість або ревності. Негативні емоції, у свою чергу, призводять до надмірного виробництва гормону стресу адреналіну, внаслідок чого порушується регуляція нервовою і кровоносною систем, підвищується АТ.

На сьогоднішній день здоровий спосіб життя залишається основою для всіх видів лікування людей з підвищеним артеріальним тиском. Немедикаментозні міри передбачують дієту, включаючи обмеження вживання солі, збільшення фізичної активності, зниження маси тіла, відмову від тютюнопаління та алкоголю. Зміна способу життя впливає не на один, а на цілий ряд факторів ризику. Саме здоровий спосіб життя сприяє профілактиці ускладнень артеріальної гіпертензії, адекватному контролю АТ, зниженню частоти гіпертензивних кризів та госпіталізацій, підвищенню якості життя пацієнтів з АГ.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали дослідження

Дослідження проводилося в поліклінічному відділенні Глухівської ЦРЛ. Всього було обстежено 50 хворих на АГ віком 47-60 р , що звертались на прийом у вказаний вище заклад.

В залежності від дотримання основних вимог стосовно здорового способу життя (згідно ВООЗ) та отримуваного лікування ,пацієнтів було розподілено на 2 групи по 25 осіб в кожній.

Першу групу склали хворі,що отримували в якості антигіпертензивного лікування препарат еналаприл та дотримувались здорового способу життя.

Другу групу склали пацієнти,що також лікувались даним препаратом,але не дотримувались основних вимог здорового способу життя.

Терапевтична доза антигіпертензивних препаратів підбиралась індивідуально. Початкова доза еналаприлу становила 5 мг 1р/д.

2.2. Методи дослідження

Лікування АГ проводилося згідно уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги при артеріальній гіпертензії (наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012), пацієнтам призначався еналаприл в індивідуальній дозі.

Пацієнтам шляхом анкетування була надана можливість визначити у себе фактори ризику та прихильність до здорового способу життя. Оцінювались такі фактори як паління, вживання алкоголю, характер харчування, дієта з обмеженням кухонної солі, низьким вмістом насичених жирів, холестерину, великою кількістю фруктів та овочів, знежиреними молочними продуктами, раціоном, збагаченим харчовими волокнами, магнієм, калієм та кальцієм з

достатнім вмістом білка, об'єм фізичних навантажень, спадкова схильність. Усім обстежуваним був розрахований ІМТ, проводилось визначення загального холестерину, глюкози, загального аналізу крові.

Крім того, за допомогою опитувальника SF-36 проводилася оцінка якості життя пацієнтів. Дослідження проводилося двічі: під час першого візиту до сімейного лікаря та через 10 днів. Способи визначення якості життя (загальні та специфічні опитувальники), розроблені експертами провідних світових клінічних центрів відповідно до принципів доказової медицини та вимог Good Clinical Practice (GCP), дають можливість кількісно оцінити основні сфери життєдіяльності людини. Їх використання поряд з іншими загальноприйнятими клінічними, лабораторними й інструментальними методами дослідження розширює уявлення лікаря про стан хворого в цілому. Визначення якості життя – це простий та надійний спосіб інтегральної оцінки впливу хвороби на стан пацієнта, включаючи його фізичний, психологічний статус, взаємовідносини з родичами, медичним персоналом, оточенням; дозволяє отримати уяву про загальні закономірності реакції хворого на патологічний процес, її оцінка особливо важлива у хворих на хронічні захворювання, оскільки дозволяє робити висновок про перебіг хвороби та ефективність лікування, її визначення має суттєве медико-соціальне значення. Інструменти оцінки якості життя загальні та специфічні опитувальники, що розроблені експертами провідних клінічних центрів у відповідності до принципів доказової медицини. SF-36 є одним з найбільш розповсюджених загальних опитувальників, який використовують в 95% випадків для наукових досліджень. Він містить 36 запитань, що складають 8 шкал, які в свою чергу згруповані у два показники – фізичний компонент здоров'я та психологічний компонент здоров'я. Фізичний компонент здоров'я складають шкали: «фізичне функціонування», «рольове фізичне функціонування», «інтенсивність болю», «загальний стан здоров'я»; психологічний – «соціальне функціонування», «рольове емоційне функціонування», «психологічне здоров'я» та «життєздатність». Показники

кожної шкали коливаються між 0 та 100; для усіх шкал при повній відсутності обмежень або порушень здоров'я максимальне значення дорівнює 100.

Оскільки визначення якості життя згідно опитувальника SF-36 проводиться за окремими, названими вище шкалами, слід вказати на значення кожної. Фізичне функціонування (PF) – шкала, яка оцінює фізичну активність, що включає самообслуговування, ходу, підйом сходами, перенесення ваги, а також виконання значних фізичних навантажень. Показник шкали відображає об'єм повсякденного фізичного навантаження, що не обмежений станом здоров'я. Рольове фізичне навантаження (RP) – шкала, що показує роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; відображає ступінь, у якому здоров'я лімітує виконання звичайної діяльності, тобто характеризує ступінь обмеження виконання роботи або повсякденних обов'язків тими проблемами, що пов'язані зі здоров'ям. Інтенсивність болю (BP) – оцінює інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю, включаючи роботу по дому та поза ним. Загальний стан здоров'я (GH) – оцінює стан здоров'я в теперішній час, перспективи лікування та резистентність до захворювання. Життєздатність (VT) – має на увазі оцінку відчуття пацієнтом себе повним сил та енергії. Соціальне функціонування (SF) – оцінює задоволення рівнем соціальної активності (спілкуванням, проведенням часу з друзями, родиною, сусідами, в колективі тощо) та відображає ступінь, у якому фізичний та емоційний стан їх обмежує. Рольове емоційне функціонування (RE) – оцінює ступінь, у якому емоційний стан перешкоджає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, включаючи більші витрати часу на їх виконання, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження її якості. Психологічне здоров'я (MH) – характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, оцінює загальний показник позитивних емоцій.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою параметричних і непараметричних методів порівняння сукупностей з використанням пакетів програми Microsoft Excel та Statistica з використанням t-критерію Стюдента.

РОЗДІЛ 3

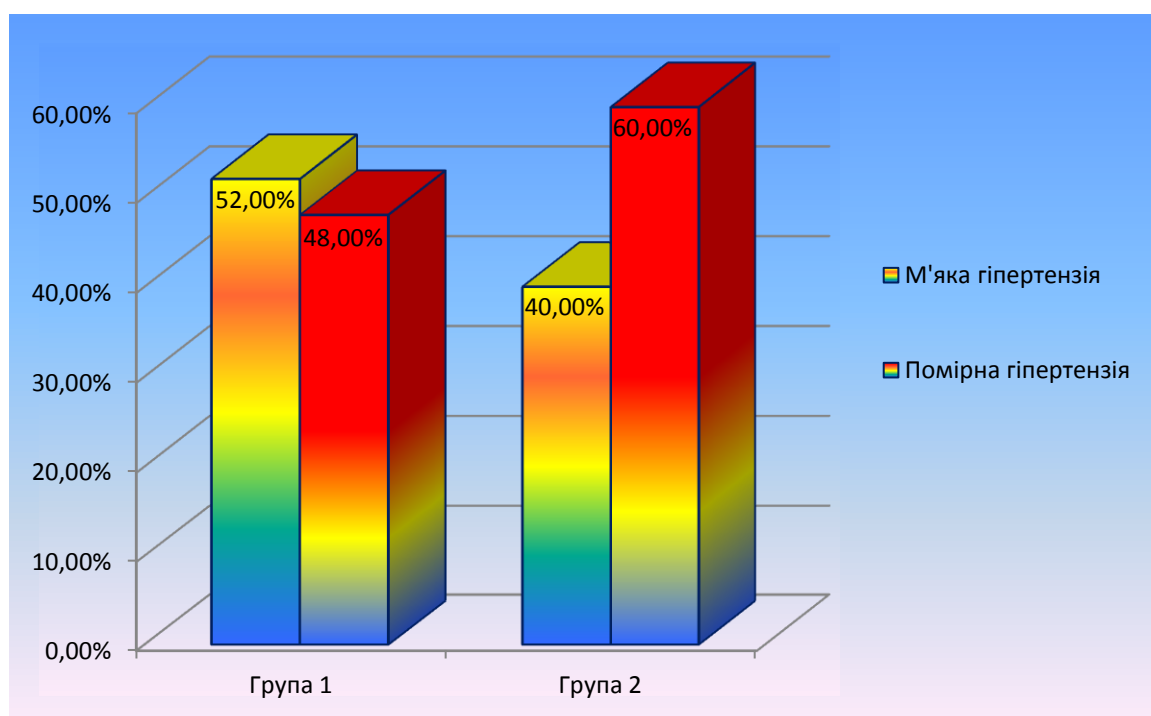
Результати та їх обговорення.

При вивченні характеру перебігу артеріальної гіпертензії було встановлено, що для більшості досліджуваних була характерною помірна та м'яка артеріальна гіпертензія (мал.3.1).

Таблиця 3.1

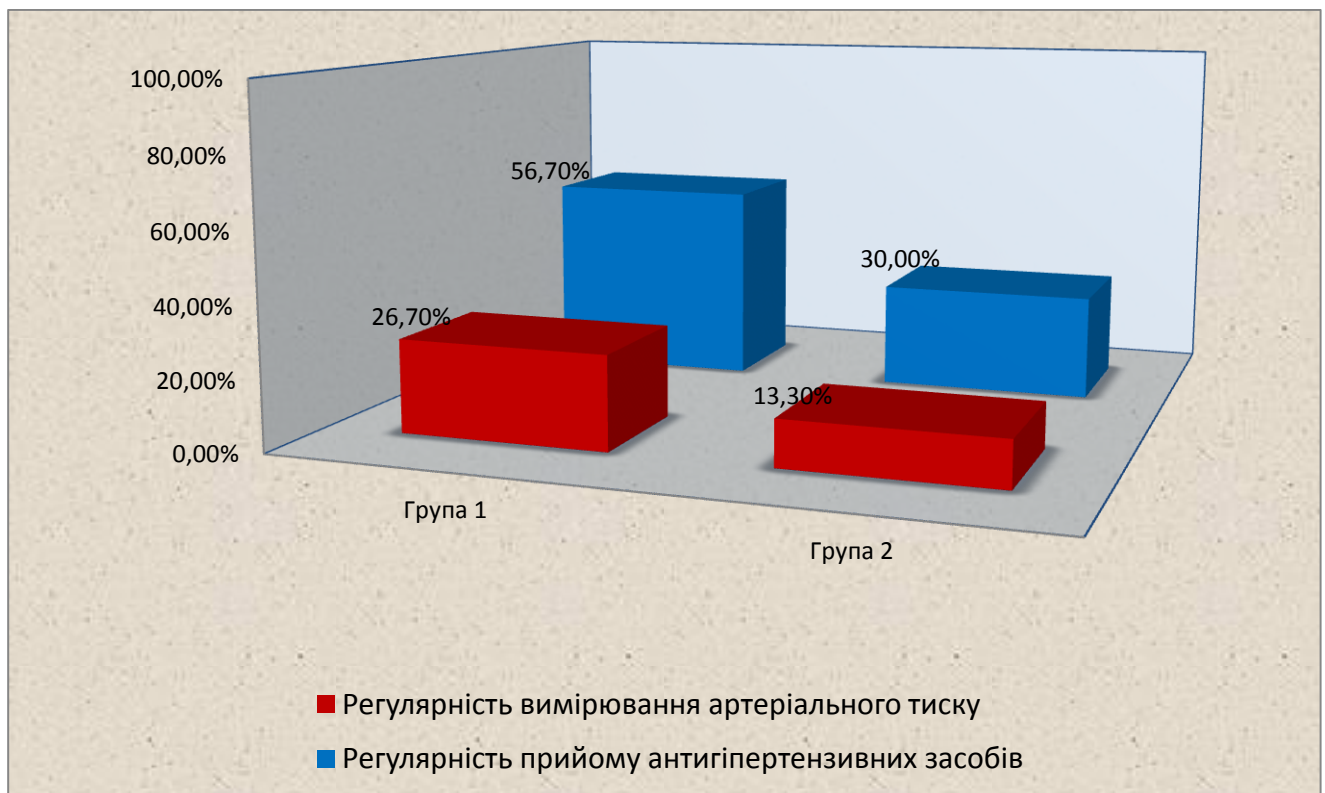
Розподіл пацієнтів в залежності від рівня підвищення артеріального тиску

№	Ступінь гіпертензії	Група 1	Група 2
1.	М'яка гіпертензія (АТ 140-159/90-99 мм. рт. ст.)	13 (52%)	10 (40%)
2.	Помірна гіпертензія (АТ 160-179/100-109 мм. рт. ст.)	12 (48%)	15 (60%)
3.	Тяжка гіпертензія (АТ $\geq 180/\geq 110$ мм рт. ст.)		



Малюнок 3.1

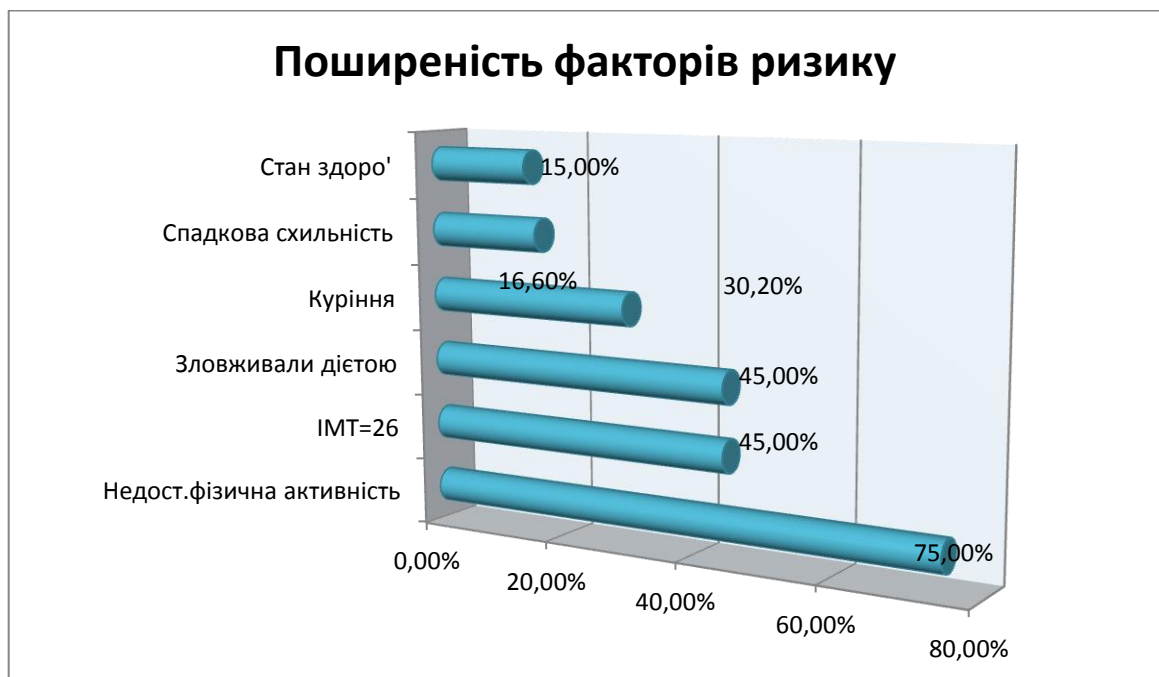
Всі групи були репрезентативними за ступенем АГ, еналаприл в дозі 10мг 1 р/д призначався переважно хворим з помірною АГ, а еналаприл в дозі 5 мг 1р/д – з м'якою. Кількість пацієнтів, що дотримувалися регулярного антигіпертензивного лікування на догоспітальному етапі була низькою в усіх досліджуваних групах, однак була вищою серед пацієнтів, які дотримувалися здорового способу життя. Відповідні результати спостерігалися також стосовно щоденного вимірювання артеріального тиску (мал.3.2). Зазначене може свідчити як про недостатню інформованість хворих стосовно свого захворювання, методів його лікування та профілактики вторинних ускладнень, так і про характерні особливості пацієнтів, які сприяють недотриманню хворими здорового способу життя та режиму лікування.



Малюнок 3.2

Дотримання вимог контролю артеріального тиску у досліджуваних хворих на догоспітальному етапі (згідно анамнестичних даних).

За результатами анкетування щодо дотримання здорового способу життя було виявлено, що спадкова схильність відзначена у 16,6% (8 хворих); палять- 30,2% (14 хворих); мають недостатню фізичну активність 75% (36 хворих), ІМТ > 25 кг/м² спостерігався у 45% (22 хворих); рекомендацій щодо дієтичного харчування не дотримувались і вважали рекомендації щодо впливу на фактори ризику передчасними. 68,6% (33 хворих), улюбленими продуктами були названі смажене жирне м'ясо та кондитерські вироби. Поєднання двох та більше факторів ризику спостерігалось майже у половини хворих. Також близько 15% опитаних хворих оцінювали стан свого здоров'я як відмінний і вважали рекомендації щодо впливу на фактори ризику передчасними.



Малюнок 3.3

Поширеність факторів ризику.

З перших днів лікування всіма хворими було відмічено покращення самопочуття: зменшилися інтенсивність та частота головного болю, ступінь головокружіння та шуму в голові, частота болю та дискомфорту в грудній

клітині, покращилося загальне самопочуття хворих. В усіх групах відмічалось зниження цифр середньодобового артеріального тиску (таб. №3.2).

Таблиця 3.2

Показники середнього добового АТ у хворих на третій день лікування.

Група хворих	К-ть хворих	Систолічний АТ, мм рт.ст.		Діастолічний АТ, мм рт.ст.	
		До лікування	Через 3 дні	До лікування	Через 3 дні
Група 1 (Г-1)	25	152,32±1,67	136,24±1,32	93,16± 1,43	77,04±1,36
Група 2 (Г-2)	25	153,64±2,11	139,2 ± 1,72	93,28± 2,01	79,6± 1,32

Як впливає з таблиці №3.2 зниження середньодобового як САТ, так і ДАТ було відмічено в усіх групах пацієнтів. Разом з цим, кількість хворих в яких не вдалося досягнути нормалізації артеріального тиску склала в Г-1 3 особи (12%), в Г-2 6 осіб (24%). При визначенні відмінностей даного показника між групами Г-1 та Г-2, а також з розрахунком критерію Стюдента встановлено, що вони є достовірними. Зазначене може свідчити про нижчу ефективність застосованих лікарських засобів у пацієнтів, що не дотримуються основних вимог здорового способу життя. З урахуванням того, що ці пацієнти мають додатковий (хоч і модифікований) ризик гострих серцево-судинних ускладнень та потребують якнайшвидшої нормалізації АТ, даний факт слід враховувати при виборі індивідуального дозування антигіпертензивних препаратів. До 7-10 дня артеріальний тиск було стабілізовано в межах нормальних значень абсолютної більшості пацієнтів всіх груп.

Згідно протоколу надання медичної допомоги хворим на АГ поряд зі стабілізацією АТ у межах нормальних значень характеристикою кінцевого очікуваного результату лікування є зменшення вираженості скарг хворих з боку серцево-судинної системи та покращення якості їх життя. Визначення цього

показника проводилося двічі: при зверненні в поліклінічне відділення та через 10 днів при повторному зверненні. Результати представлені у таблицях №3.3, №3.4.

Таблиця 3.3

Якість життя хворих на початку лікування.

№	Показник	Г-1	Г-2
1.	PF	54,5±5,6	42,6±6,2
2.	RF	56,4±7,0	46,4±7,4
3.	BP	47,6±4,1	33,0±5,1
4.	GH	60,1±4,4	44,4±6,8
5.	VT	53,3±5,1	41,6±7,8
6.	SF	55,7±4,7	33,4±7,5
7.	RE	63,9±5,8	49,5±6,8
8.	MH	58,7±6,3	37,4±4,4

Таблиця 3.4

**Якість життя хворих на артеріальну гіпертензію в динаміці
лікування еналаприлом**

№	Показник	Г-1		Г-2	
		1-3 день	Після 10 дня	1-3 день	Після 10 дня
1.	PF	54,5±5,6	86,6±6,6*	42,6±6,2	64,4±4,0*
2.	RF	56,4±7,0	88,0±3,6*	46,4±7,4	73,0±6,2*
3.	BP	47,6±4,1	78,0±5,2*	33,0±5,1	63,2±8,2*
4.	GH	60,1±4,4	82,5±3,2*	44,4±6,8	68,5±5,8
5.	VT	53,3±5,1	74,3±4,6*	41,6±7,8	73,8±6,4*
6.	SF	55,7±4,7	83,4±6,5*	33,4±7,5	68,6±5,2
7.	RE	63,9±5,8	80,5±4,8*	49,5±6,8	59,6±4,5
8.	MH	58,7±6,3	78,3±5,6*	37,4±4,4	75,2±8,6*

Примітка: *- різниця між даними до та після курсу лікування у групі Г-1 та Г-2, $p < 0,05$.

Нами встановлено, що за наявності некоригованого АТ, а також в період встановлення та стабілізації АТ у перші дні лікування, коли хворих найчастіше турбують скарги кардіального та астеноневротичного характеру, якість життя була низькою в усіх досліджуваних групах (таб.№3.4). Зазначене стосується показників як фізичного, так і психоемоційного функціонування. При порівнянні даних, отриманих від пацієнтів, що дотримуються та не дотримуються основних вимог здорового способу життя достовірна різниця виявлена при оцінці психологічного здоров'я (між групами Г-1 та Г-2). Зазначене може свідчити про переважання у останніх поганого настрою, депресії, тривоги, оскільки даний показник є відображенням загальної оцінки позитивних емоцій. При порівнянні різниці між іншими критеріями якості життя достовірних відмінностей не встановлено, що може свідчити, на нашу думку, про важливість підвищеного АТ у погіршенні якості життя хворих. Зазначене підтверджується даними, отриманими при порівнянні показників, що характеризують цю характеристику в динаміці лікування. В усіх досліджуваних групах відмічали покращення як фізичної, так і психоемоційної складової якості життя.

Внаслідок лікування нами відмічено вплив основних характеристик, що визначають здоровий спосіб життя на покращення якості життя хворих. Зокрема, якщо в Г-1 достовірно покращувалися показники за всіма 8 шкалами, то в Г-2 за 5 шкалами. У пацієнтів, що не дотримуються основних вимог здорового способу життя не вдалося покращити якість життя за показниками загального стану здоров'я та рольового емоційного функціонування, відмічалася лише тенденція до їх покращення. Це стосується як тих хворих, хто приймав в якості антигіпертензивного лікування еналаприл. Зазначене може свідчити про підвищену резистентність до захворювання, знижені перспективи лікування, емоційний стан вказаного контингенту осіб в більшій мірі перешкоджає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, включаючи

більші витрати часу на їх виконання, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження її якості.

Таким чином, нами доведено, що антигіпертензивне лікування еналаприлом при первинному зверненні є ефективним в усіх групах пацієнтів, однак у пацієнтів, що дотримуються основних вимог здорового способу життя воно супроводжується більш вираженим покращенням його якості. Всім хворим з підвищеним артеріальним тиском слід рекомендувати відмову від шкідливих звичок (паління та надмірне вживання алкоголю), достатню фізичну активність з максимальним обмеженням ізометричних навантажень, дієту з обмеженням кухонної солі, низьким вмістом насичених жирів, холестерину, великою кількістю фруктів та овочів, знежиреними молочними продуктами, раціоном, збагаченим харчовими волокнами, магнієм, калієм та кальцієм з достатнім вмістом білка, контроль маси тіла у межах нормальних значень.

ВИСНОВКИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ВИСНОВКИ

1. Для пацієнтів, що не дотримуються основних вимог здорового способу життя в більшій мірі є характерними нерегулярність прийому антигіпертензивних засобів та недостатня частота вимірювання АТ.

2. Лікування еналаприлом супроводжувалося нормалізацією АТ, коротшим був період за який нормалізувався АТ у тих пацієнтів, які дотримувалися здорового способу життя.

3. Антигіпертензивне лікування еналаприлом було ефективним в усіх групах пацієнтів, однак у пацієнтів, що дотримувалися основних вимог здорового способу життя воно супроводжувалося більш вираженим покращенням його якості.

4. В усіх групах на початку лікування відмічалися низькі показники, що характеризують якість життя пацієнтів, достовірної різниці між даними в різних групах за переважною більшістю шкал виявлено не було. Лише при оцінці психологічного здоров'я виявлено нижчий індекс за цим показником у групі хворих, що не дотримуються здорового способу життя.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У хворих на АГ проводити індивідуалізацію терапевтичних підходів залежно від наявності ризик-факторів серцево-судинних ускладнень.

2.Проводити роз'яснювальну роботу серед населення по підвищенню рівня обізнаності з питань запобігання, діагностики та лікування АГ.

3. Рекомендувати таким пацієнтам з метою профілактики АГ уникати шкідливих звичок (паління та надмірне вживання алкоголю), дотримуватися достатньої фізичної активності з максимальним обмеженням ізометричних навантажень, дієти з обмеженням кухонної солі, низьким вмістом насичених жирів, холестерину, великою кількістю фруктів та овочів, знежиреними молочними продуктами, раціоном, збагаченим харчовими волокнами, магнієм, калієм та кальцієм з достатнім вмістом білка, проводити контроль маси тіла у межах нормальних значень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- 1.Амосова Е.Н. Клиническая кардиология. – К.: Здоровья, 2002. – Т.П. – С.989.
- 2.Аничкова Д.А.Артериальная гипертензия/ под ред. Вальтера Зидека; пер. с нем. М. : ГЕОТАР – Медиа.– 2009. – С.208.
3. Питецька Н.І., Ковальова О.М. Фактори ризику серцевоосудинних захворювань: гендерні особливості. – Медицина транспорту України. – 2011. – С. 83-89 .
- 4.Бабий Л.Н.Еще раз о вреде курения/ Л.Н. Бабий//Здоровья Украины. – 2012. – №17. – С.49.
- 5.Барна О.М. Лікування артеріальної гіпертензії – диференційовані підходи в особливих групах./ О.М. Барна //Академія превентивної медицини. < 2006. – №5.
- 6.Белялов Ф.І. Алкоголь і профілактика серцево-судинних захворювань/ Ф.І. Белялов //Кардіологія. – 2004. – № 4. – С.74-82.
- 7.Губская Е.Д. Значение пищевых волокон в построении пирамиды здорового питания современного человека./ Е.Д.Губская // Современная гастроентерология. – 2010. – №6.
8. Гуліч М. П.,Онопрієнко О.М. Ольшевська О.Д. Харчування – вагомий фактор збереження населення[Електронний ресурс] //Актуальні питання гігієни та екології безпеки України: зб. тез. – К. – 2003.
9. Кардиологический альманах – 2014В –С.Куцына 2014 С.169.
- 10.Ждан В.М. Кардіологія сімейного лікаря. – Полтава. – 2006р.
- 11.Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Ашихмин Я.И. Алкоголь и сердце/ В.Т. Ивашкин, О.М.Драпкина, Я.И.Ашихмин//Российские медицинские вести – .2008–.Т13. – №2.
- 12.Кисляк О.А. Артериальная гипертензия в подростковом возрасте.-М: Миклош. –2007. – С. 288.
- 13.Лапін В.М. Безпека життєдіяльності людини: навч. посіб. – Л. – 2007.
14. Лисицын Ю.П. // Экономика здравоохранения. – 2001. – №2. – С.32

15. Небиеридзе Д.В., Папова Ф.А., Иванишина Н.С., Сафарян А.С., Винницкая Н.Л. Проблема эффективности лечения артериальной гипертензии у курящих пациентов./ Д.В. Небиеридзе, Ф.А. Папова, Н.С. Иванишина., А.С. Сафарян, Н.Л. Винницкая // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – №6(1). – С.90-92.
16. Павлова Л. И. Влияние алкоголя на возникновение ишемической болезни сердца/ Л. И. Павлова // Кардиология. – Москва. – 1998. – №5.
17. Петруняк Р.І. Динаміка поширеності артеріальної гіпертензії та іншої соматичної патології у вагітних./ Р.І Петруняк // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т.11–№1.
18. В.О.Шумаков. Український кардіологічний журнал – Київ-2014. С.15
19. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – Київ: Віпол. – 2008. – С.83.
20. Сіренко Р.Р. Проблеми формування здорового способу життя молоді : Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, магістрантів та аспірантів . – Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка. – 2011. – С.493.
21. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія: це необхідно знати кожному. / Ю.М. Сіренко // Здоров'я України. – 2006. – №3.
22. В.Г.Передерий, С.М.Ткач. Основы внутренней медицины. Том 2: Нова книга – 2009. – С.33.
23. Свищенко Е. П. Азомекс Н в лечении больных пожилого возраста с артериальной гипертензией / Е.П Свищенко, Е.А. Матова, О.В. Гулкевич. // Здоров'я України. – 2010. – № 6 (235). – С. 1-4.
24. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии / Под ред. В.Н. Коваленко. – К. Лыбидь, 2002. – С. 504.
25. Федько О.А. Ціннісна природа здорового способу життя для особистості, нації та держави./ О.А. Федько// Стратегічні пріоритети. – 2009. – №4(13).

26. Швец О.В. Значение достаточной и сбалансированной диеты в профилактике наиболее опасных болезней современности./ О.В.Швец // Питание и здоровье. — 2010.— № 1.— С. 9—14.
27. Шухатович В.Р. Здоровый образ жизни./ В.Р.Шухатович // Энциклопедия социологии. — Мн.: Книжный Дом. — 2003.
28. Якишин С., Филипов Е. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: курс на здоровый образ жизни./ С. Якишин, Е.Филипов//Врач. — 2011. — №9.
29. Manual of Cardiovascular Medicine/Editors S. Marso, B. Griffin, E. Topol. — Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999. — С.743.
30. Bakris G., Molitch M., Hewkin A. et al.; STAR Investigators (2006). Differences in glucose tolerance between fixed-dose antihypertensive drug combinations in people with metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 29(12): 2592–2597.
31. Bakris G.L., Gaxiola E., Messerli F.H. et al., INVEST Investigators (2004) Clinical outcomes in the diabetes cohort of the International Verapamil SR-Trandolapril study. *Hypertension*, 44(5): 637–642.
32. Dahlöf B., Sever P.S., Poulter N.R. et al. (2005) Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 366(9489): 895–906.
33. Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S. et al. (1998) Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet*, 351(9118): 1755–1762.
34. Jamerson K., Weber M.A., Bakris G.L. et al.; ACCOMPLISH Trial Investigators (2008) Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N. Engl. J. Med.*, 359(23): 2417–2428.
35. Mancia G., Laurent S., Agabiti-Rosei E. et al. (2009) Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J. Hypertens.*, 27(11): 2121–2158.

36. Patel A., MacMahon S., Chalmers J. et al. (2007) Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet*, 370 (9590): 829–840.
37. Liu Q. The exenatide analogue AC3174 attenuates hypertension, insulin resistance, and renal dys-function in Dahl salt-sensitive rats / Q. Liu, L. Adams, A. Broyde [et al.] // *Cardiovasc. Diabetol.* – 2010. – V. 9. – P. 32.
38. Marques C. Glutamine prevents gastric oxidative stress in an animal model of portal hypertension gastropathy / C. Marques, J. L. Mauriz, D. Simonetto // *Ann. Hepatol.* – 2011. – V. 10, No 4. – P. 531–539.
39. Maxova H. Recovery from hypoxic pulmonary hypertension in rats / H. Maxova, A. Banasova, V. Povysilova // *Acta Medica (Hradec Kralove)*. – 2011. – V. 54, No 2. – P. 73–75.
40. McCarthy C. A. Angiotensin AT₂ receptor stimulation causes neuroprotection in a conscious rat model of stroke / C. A. McCarthy, A. Vinh, J. K. Callaway [et al.] // *Stroke*. – 2009. – V. 40, No 4. – P. 1482–1489.
41. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al; the HYVET Study Group. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *N Engl J Med* 2008; 358(18): 1887-98.
42. Jamerson K., Weber M.A., Bakris G.L. et al. Benazepril plus Amlodipine or Hydrochlorothiazide for Hypertension in High-Risk Patients. *N Engl J Med*. December 4, 2008; 359:2417-28
43. Kearney PM Global burden of hypertension: analysis of worldwide data/ PM Kearney, M. Whelton, K. Reynolds [et al.] // *Lancet*. – 2005. – Vol. 365. – P. 217 – 233.
44. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*. May 23, 2009; 338:b1665.

- 45.Lithell H, Hansson L, Skoog I, et al, SCOPE Study Group. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE). Principal results of a randomised double-blind intervention trial. *J Hypertens* 2003; 21: 875-86.
- 46.Matchar D.B., McCrory D.C., Orlando L.A. et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers for Treating Essential Hypertension. *Ann Intern Med.* January 1, 2008;148:16-29.
- 47.Mukamal K.J., Chiuve S.E., Rimm E.B. Alcohol Consumption and Risk for Coronary Heart Disease in Men With Healthy Lifestyles. *Arch Intern Med.* Oct. 23, 2006;166:2145-2150.
- 48.ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008; 358(15): 1547-59.
- 49.Patel A; ADVANCE Collaborative Group, MacMahon S, Chalmers J et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 829-40.
- 50.Shobanian A.V. Does it matter how hypertension is controlled? *N Engl J Med.* December 4, 2008;359:2485-8.
- 51.Wright Jr J.T., Harris-Haywood S., Pressel S. et al. Clinical Outcomes by Race in Hypertensive Patients With and Without the Metabolic Syndrome. Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *Arch Intern Med.* January 28, 2008;168(2):207-217.
- 52.Tribouilloy C. Prognostic impact of angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy in diastolic heart failure. / Tribouilloy C., Rusinaru D., Leborgne L. et al. // *Am. J. Cardiol.* – 2008. – In Press, Corrected Proof, Available online 14 January.
- 53.Repas T.B. Think Beyond the Numbers, Don't Forget the Patient. *JAOA* 2008; 108 (5), Suppl. 3, 14.
- 54.Schiffrin EL, Lipman ML, Mann JF. Chronic kidney disease: effects on the cardiovascular system. *Circulation* 2007;116:85-97.

55. John Zarocostas. Twenty four risk factors responsible for nearly half of annual deaths, says WHO// BMJ 2009;339:b4439.
56. Ezzati M., Lopes A.D., Rodgers A. et al. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease // Lancet. — 2002.
57. Williams K.J., Feig J.E., Fisher E.A. Rapid Regression of Atherosclerosis: Insights From the Clinical and Experimental Literature. Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine 2008;
58. Tobacco Policy in the European Union: Fact Sheet № 20 — ASH 2006. 2005.
59. Mozaffarian D, Aro A, Willett WC. Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence. Eur J Clin Nutr 2009;63:S5–S21.
60. Massie B.M. Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction / Massie B.M., Carson P.E., McMurray J.J. et al // N. Engl. J. Med.— 2008. — V. 359. — № 23. — P. 2456–2467